

# Journée d'Addictologie du Grand Est

TSO : 20 ans après !

## *Bonnes pratiques cliniques et bilan de l'utilisation des TSO*

Dr Farid Benzerouk  
Reims

# Recommandations de bonnes pratiques cliniques

- Information des professionnels de santé et du public
- Elaborées par la HAS sous forme de guides
- « propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données »
- Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

# Objectifs

- Harmoniser les pratiques
- Aider la prise de décision dans le choix des soins
- Réduire les ruptures dans les parcours de santé
- Améliorer la prise en charge des patients, des soins qui leur sont apportés
- Réduire les traitements et actes inutiles ou à risque
- Synthèse rigoureuse de l'état de l'art et des données de la science

# Méthodologies

- Rédaction d'un petit nombre de recommandations concises, gradées
- En accord avec les niveaux de preuve identifiés, ou, en l'absence de preuves scientifiques, résultant d'un accord d'experts, non ambiguës, répondant aux questions posées
- Méthode « Recommandations pour la pratique clinique » (RPC), méthode « Recommandations par consensus formalisé » (RCF)

Avec la participation de



**Conférence de consensus**

**Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes  
des opiacés :  
place des traitements de substitution**

**23 et 24 juin 2004  
Lyon (École normale supérieure)**

## QUESTIONS POSÉES

- Question 1. Quels sont les finalités et les résultats attendus des traitements de substitution des opiacés ?
- Question 2. Quels sont les résultats obtenus par les traitements de substitution des opiacés ?
- Question 3. Quelles sont les indications des médicaments de substitution des opiacés ?
- Question 4. Quelles sont les modalités de prise en charge nécessaires à la mise en œuvre et au suivi des traitements de substitution des opiacés ?
- Question 5. Quand et comment les modalités d'un traitement de substitution des opiacés doivent-elles être adaptées en pratique ?
- Question 6. Comment promouvoir la qualité des pratiques professionnelles dans la prise en charge des patients bénéficiant d'un traitement de substitution des opiacés ?

# Finalités

- Modifier la consommation et les habitudes de vie
- Recouvrer une meilleure santé et une meilleure qualité de vie
- Contribuer à l'insertion sociale
- Diminuer, voire cesser la consommation des substances illicites avec aide du MSO
- Parvenir à un arrêt complet d'opiacés, y compris de tout MSO

Bilan

# Usage d'héroïne

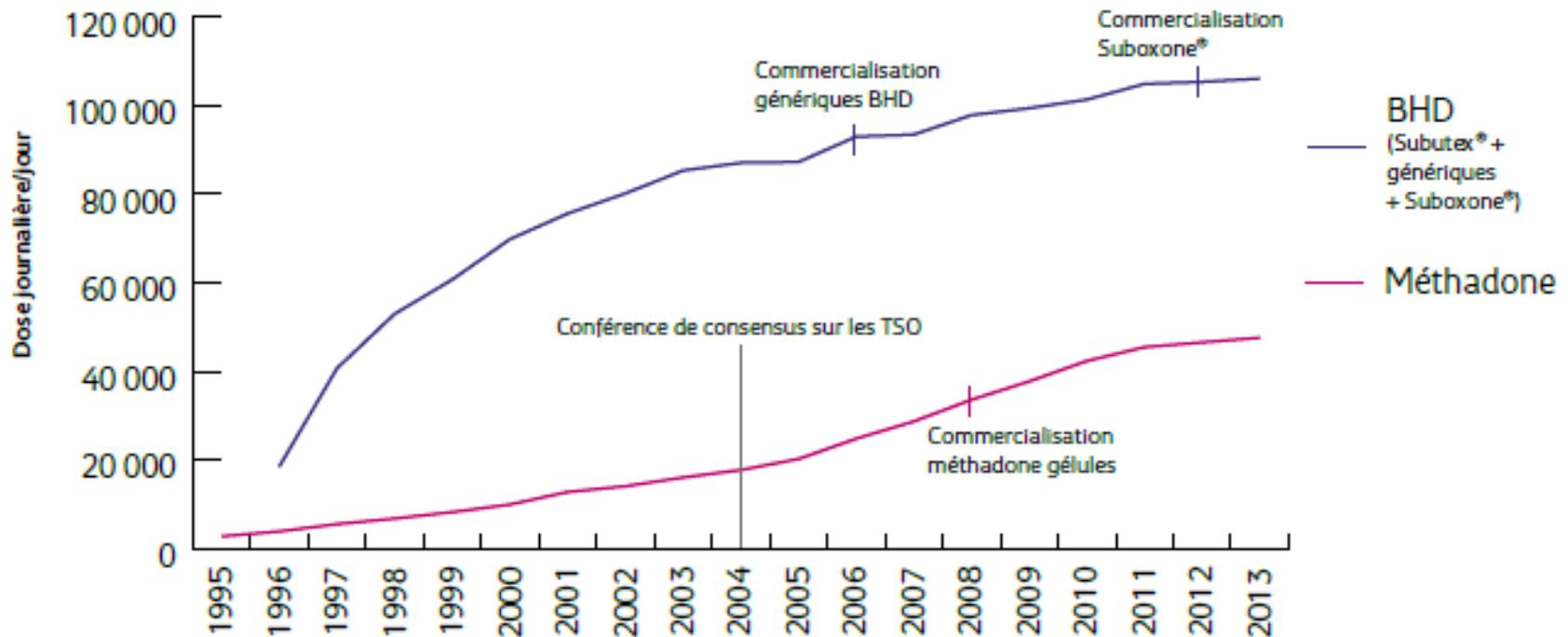
- Phase de diffusion dans les années 2000
- Héroïne plus disponible et moins pure
- 15-35 ans : 0,5% en 2005 à 0,9% en 2010
- 18-65 ans : 1,2% d'expérimentateurs, 0,2% d'usage dans l'année (INPES, 2010)
- Moins de 30 ans : 53% ont injecté durant le dernier mois
- 65% des UD ont injecté au moins une fois dans leur vie
- Nouveaux profils (meilleure insertion sociale, milieux festifs)
- Augmentation du nombre de prises en charge

# Epidémiologie TSO

- Près de 150 000 personnes ont bénéficié d'un remboursement de MSO délivré en ville en 2012, pour les trois régimes (EGB-CNAMTS)
- $\frac{3}{4}$  hommes
- Âge moyen 36,2 ans
- 36,5 ans (hommes) vs. 35 ans (femmes)
- 36,6 ans (BHD) vs. 34,9 ans (méthadone)

# MSO-AMM

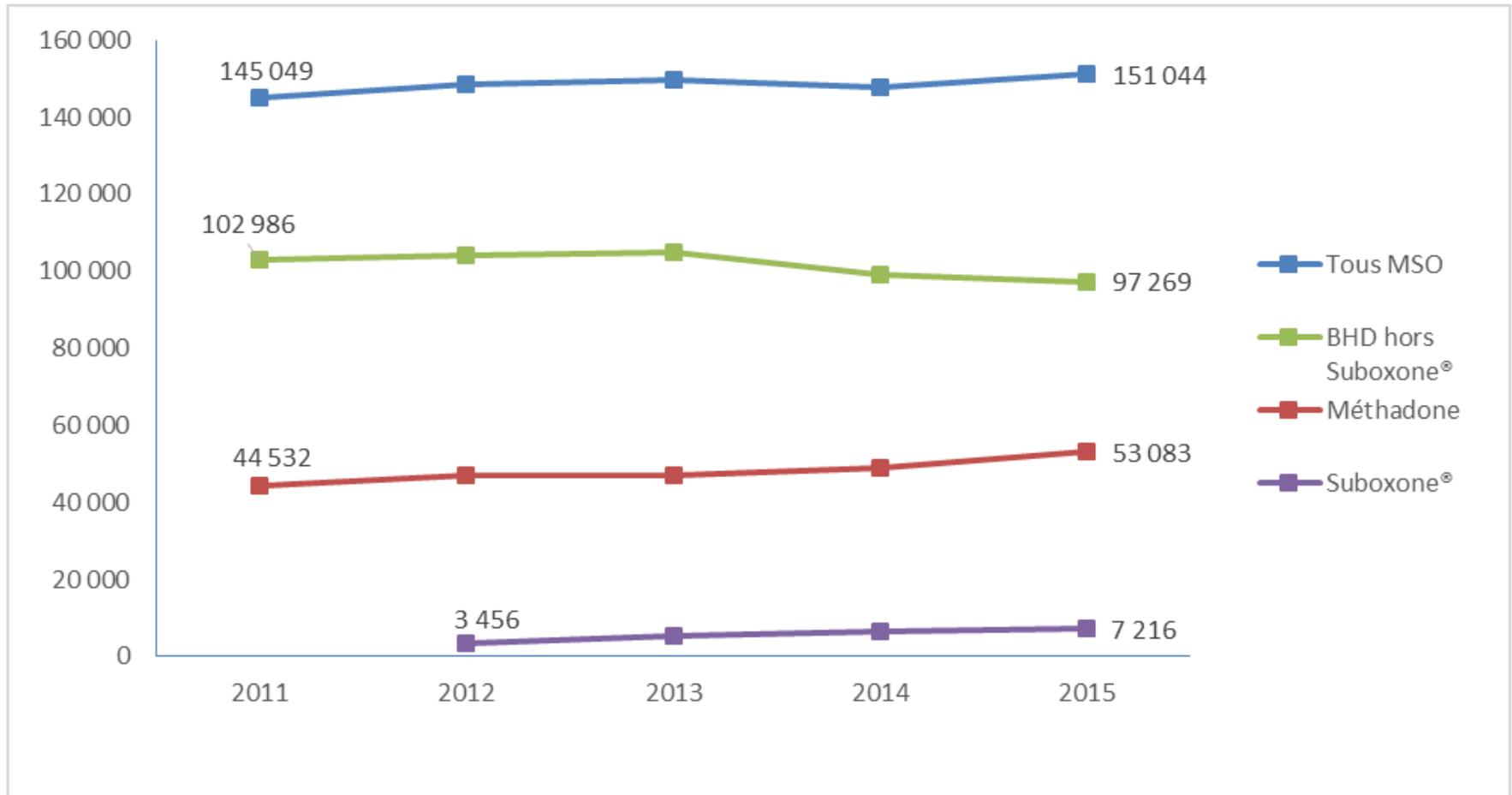
- Méthadone sous forme sirop (1995)
- Buprénorphine haut dosage (Subutex<sup>®</sup> ou générique) sous forme de comprimés sublinguaux (1996)
- Méthadone sous forme de gélules (2007)
- Suboxone<sup>®</sup> (BHD et naloxone) sous forme de comprimés sublinguaux (2012)



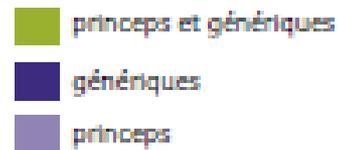
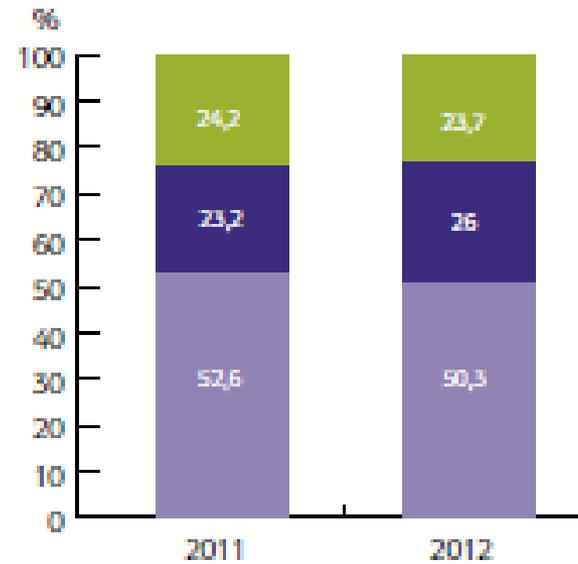
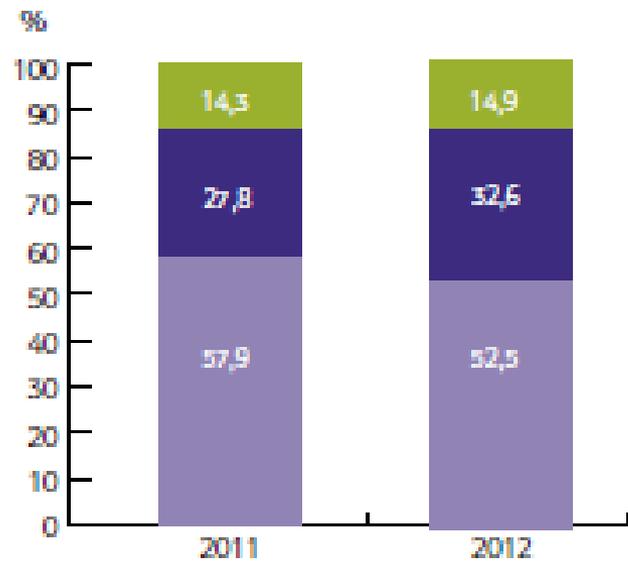
Les quantités de BHD et de méthadone vendues sont exprimées en nombre de doses journalières par jour. La dose journalière est de 8 mg pour la BHD et de 60 mg pour la méthadone et correspond à la posologie moyenne d'entretien recommandée.

Sources : Données de ventes Siamois (InVS), Medic'AM (CNAM-TS), données de vente du laboratoire Bouchara-Recordati, extrapolation OFDT. Ces données couvrent l'ensemble des quantités prescrites, que le médecin prescripteur exerce en libéral, en hôpital ou dans un CSAPA.

# Epidémiologie MSO

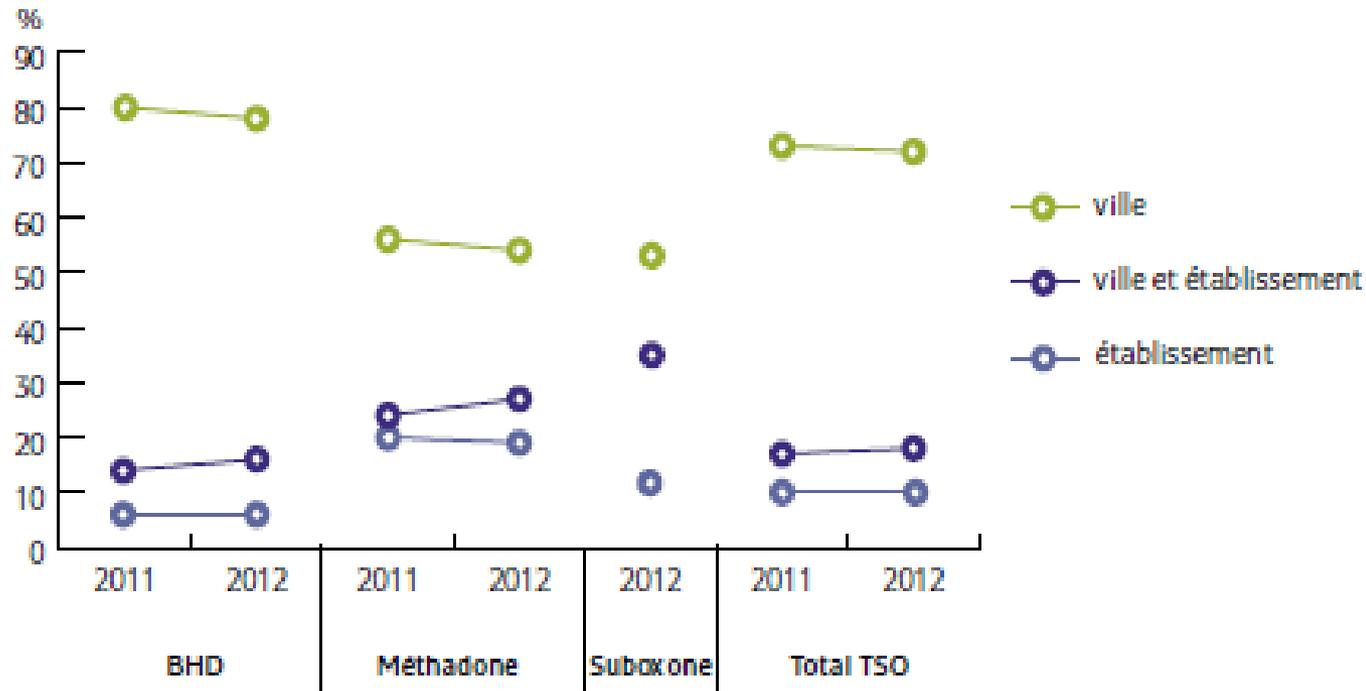


**Évolution du nombre de personnes remboursées  
d'un médicament de substitution aux opiacés entre 2011 et 2015**



Source : Données CNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

# Prescripteurs



Source : Données QNAM-TS, RSI, MSA issues de l'EGB, extraction ANSM, exploitation OFDT

Lecture : En 2012, 78 % des bénéficiaires de BHD ont eu leurs prescriptions exclusivement auprès de médecins libéraux exerçant en ville, 16 % d'entre eux ont eu des prescriptions émanant tantôt de la ville, tantôt d'établissements (CSAPA ou hôpital) et enfin 6 % d'entre eux ont reçu leurs prescriptions exclusivement de médecins exerçant en établissement.

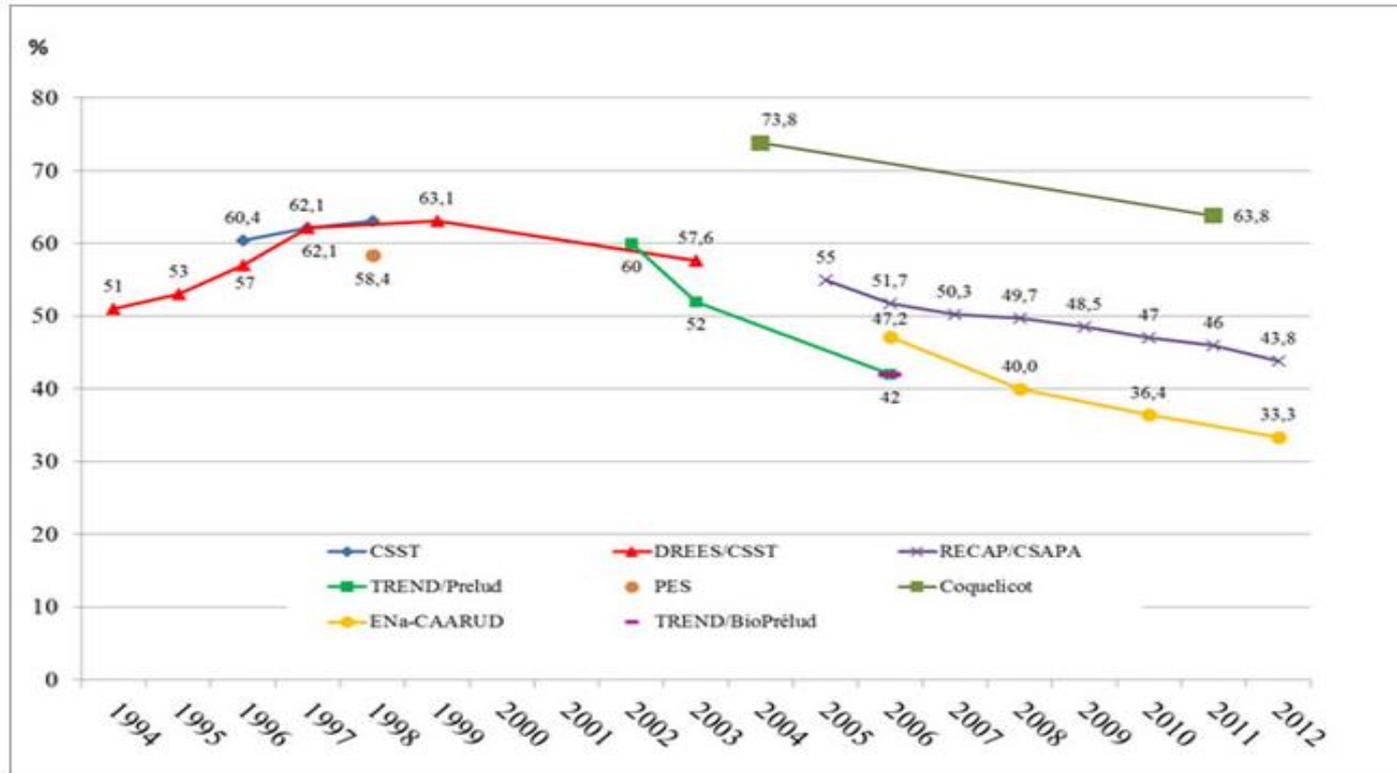
# Modèle

- Accès large à la buprénorphine haut dosage, qui peut être prescrite par tout médecin et dispensée par les pharmaciens d'officine
- Accès à la méthadone, peu à peu assoupli, le plus souvent en seconde intention, après échec de la BHD ou dans des indications particulières
- Traitement alors initié par des équipes spécialisées (CSAPA et services d'addictologie), dont le nombre et la répartition géographique se sont améliorés (Fédération Addiction, 2010)
- Développement des pratiques de relais des patients, du milieu spécialisé vers la médecine de ville
- Fluidité dans le parcours de soin des usagers en particulier pour ceux traités par méthadone

# Prise en charge globale

- Evaluation et suivi socio-psychologique (conditions d'hébergement, revenus, droits sociaux, statut psychologique)
- Suivi de santé global (buccodentaire, psychiatrique, gynécologique et contraceptif pour les femmes, etc.)
- Collaboration transdisciplinaire (pharmaciens, médecins généralistes, infirmiers, assistantes sociales, psychologues, structures spécialisées)
- Réseaux de santé ayant pour mission d'améliorer l'accès au soin et la coordination du parcours de soin des patients et d'apporter un appui individualisé aux professionnels de santé de premier recours que sont les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine
- Dépistages réguliers et fréquents, prise en charge des affections virales (VHC, VHB, VIH)

# VHC chez les injecteurs



Sources :

CSSTH : usagers de drogues injecteurs en hébergement, prévalence déclarée

DREES : usagers de drogues injecteurs pris en charge en centres de soins spécialisés (CSST), prévalence déclarée

RECAP : usagers de drogues injecteurs pris en charge en centres de soins spécialisés (CSAPA), prévalence déclarée

PRELUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), prévalence déclarée

ENa-CAARUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), prévalence déclarée

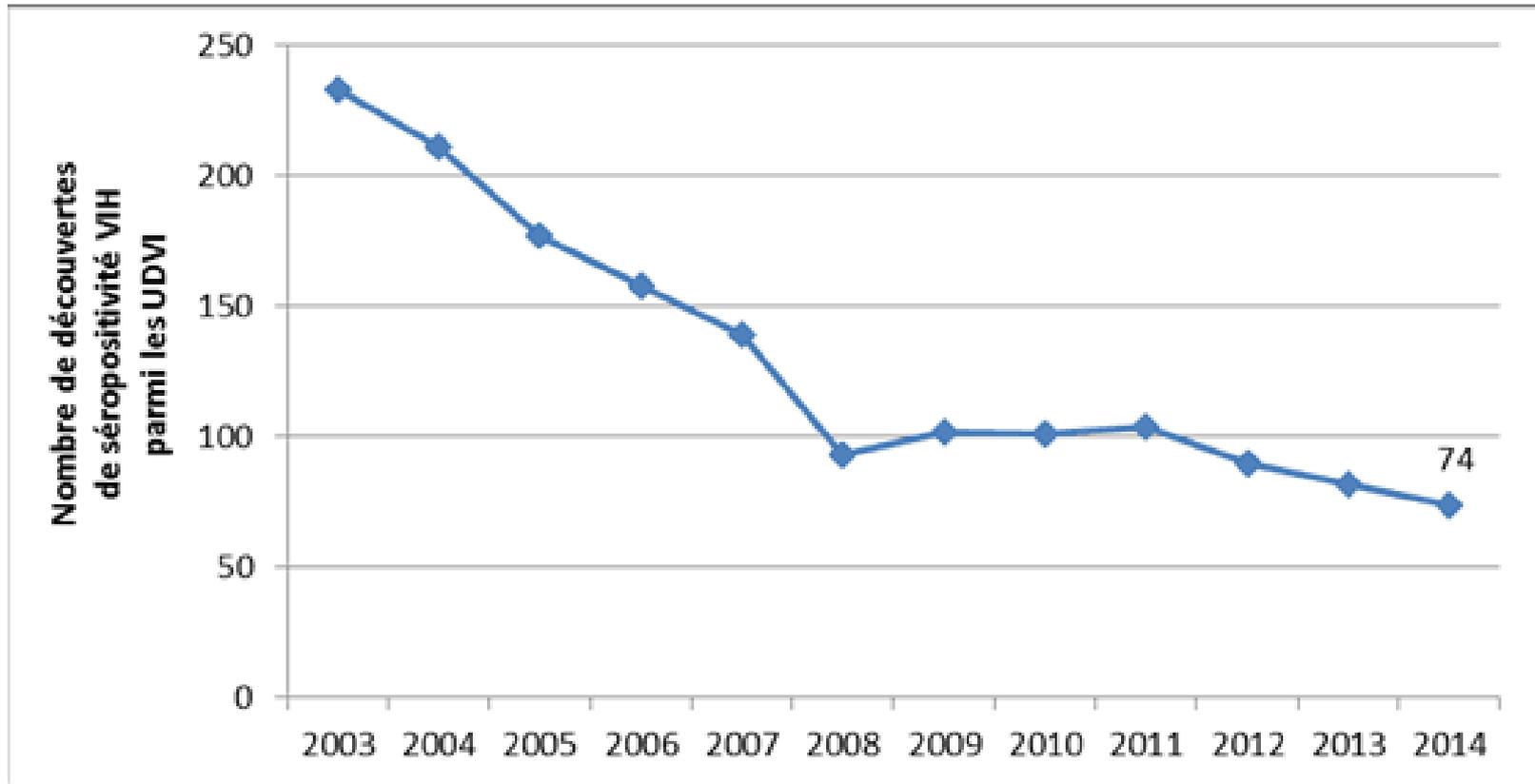
PES : usagers de drogues injecteurs utilisant un PES (programme d'échange de seringues), prévalence déclarée

ANRS-Coquelicot : usagers de drogues injecteurs, données biologiques

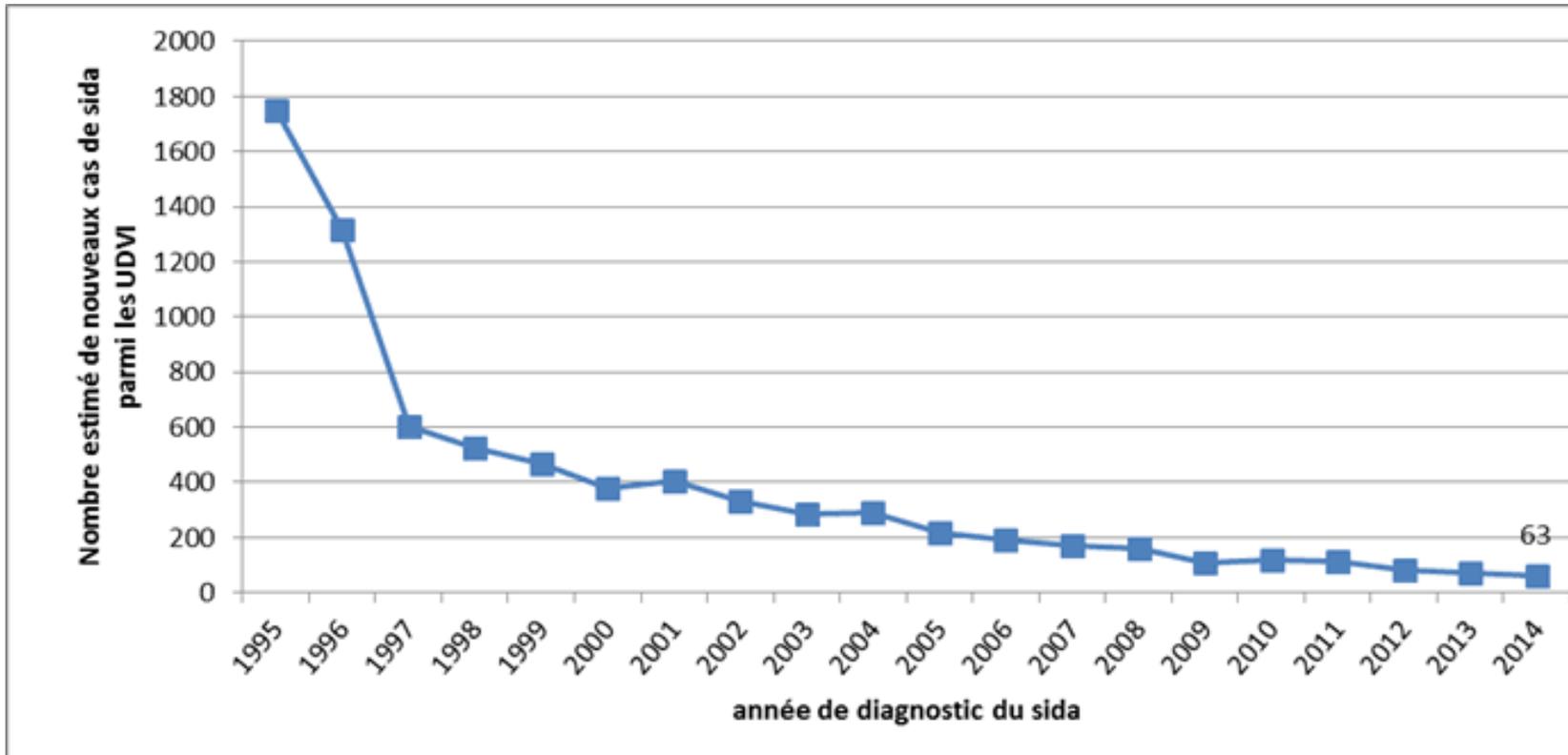
BioPRELUD : usagers de drogues injecteurs vus dans les structures de bas seuil (CAARUD), données biologiques

Note : Injecteur signifie ici injecteur au moins une fois au cours de la vie.

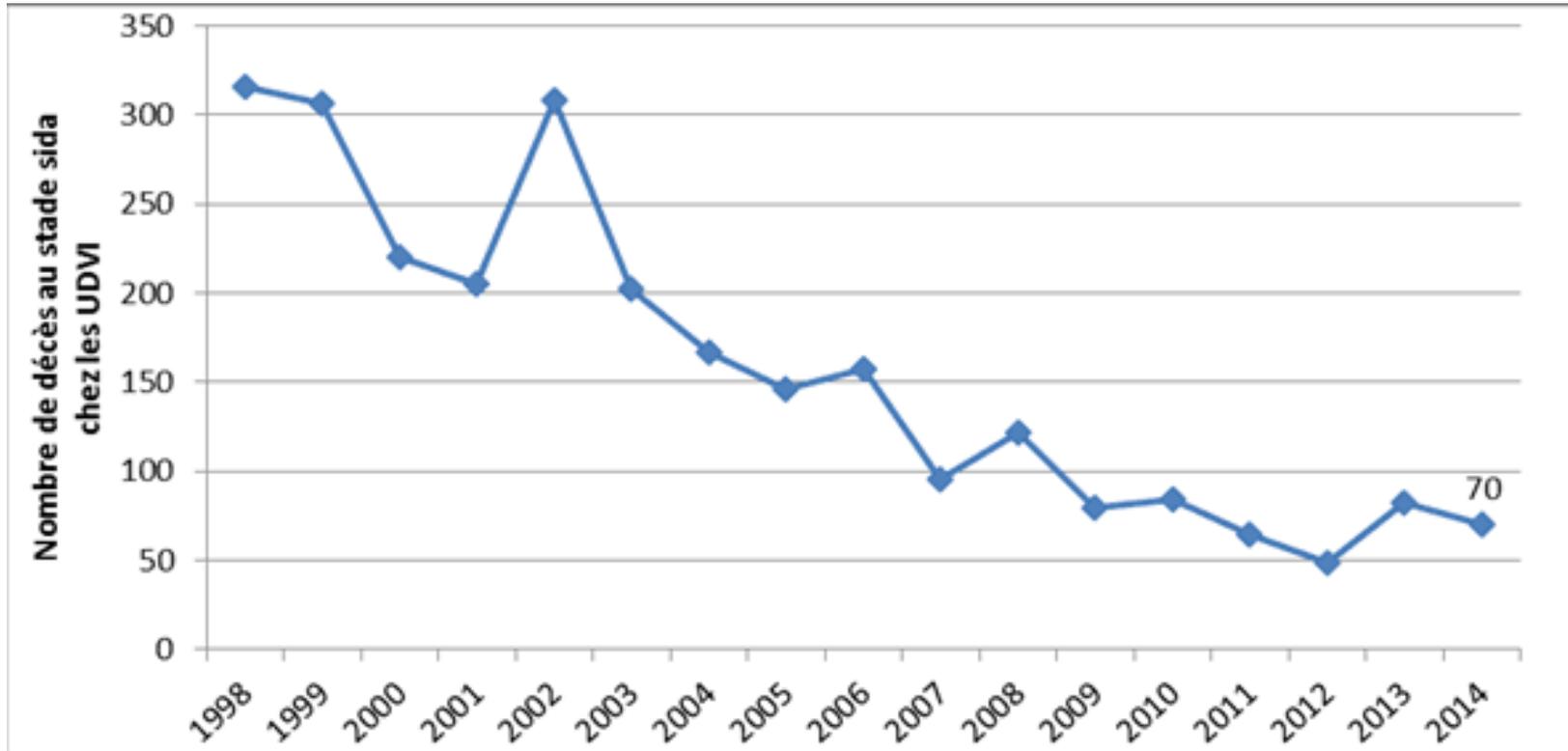
# VIH



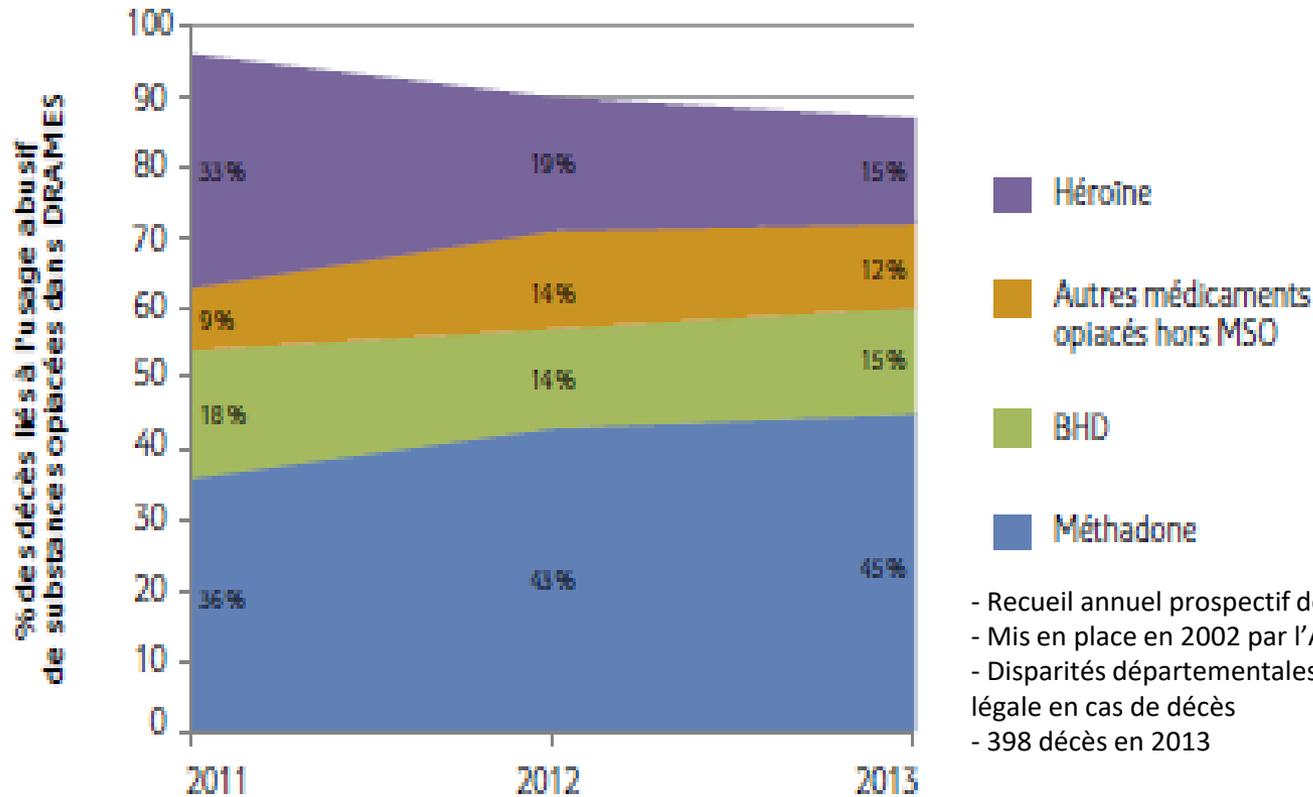
# Nouveaux cas de SIDA



# Décès au stade SIDA



# Enquête annuelle DRAMES\*



- Recueil annuel prospectif des cas de décès
- Mis en place en 2002 par l'Afssaps
- Disparités départementales de recours à une analyse médico-légale en cas de décès
- 398 décès en 2013

\*Seuls les décès directement provoqués par un usage de drogues sont pris en compte. Plusieurs substances peuvent être impliquées dans un décès lorsqu'aucune substance prédominante n'a pu être mise en évidence.

Lecture : En 2012, 45 % des décès observés dans l'enquête DRAMES impliquent la méthadone.

Source : DRAMES - CBP de Grenoble - ANSM

\*Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances

# Conclusions

- Impact important sur la qualité de vie et les affections virales
- Accès aux soins hétérogène selon les zones géographiques en termes de choix du MSO et de nombre de médecins prescripteurs et de pharmaciens délivrant des MSO  
(Nord, Aisne, Somme, Oise, **Vosges**, **Haute Saône**, **Jura**, Corse, Haute Savoie, Hautes Alpes, Alpes de Haute Provence, Tarn, Lot, Hautes Pyrénées, Loire Atlantique, Côtes d'Armor, Eure et Loir)
- Faible accès aux soins des sujets en situation précaire
- Mésusage : injection IV et sniff de buprénorphine ; décès par surdose de méthadone ou par potentialisation buprénorphine-benzodiazépines, notamment chez les injecteurs de BHD
- Maintien ou renforcement de consommations d'autres substances
- Marché parallèle de MSO
- Perspectives :
  - Primo-prescription de la méthadone en ville (Plan gouvernemental 2013-2017) (Méthaville)
  - Réduction des risques et des dommages (salles de consommations à moindre risque)

Merci de votre attention